

New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD

von Thomas Altgeld¹

ABSTRACT

Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland greift bislang zu kurz, weil er nicht inhalts-, sondern strukturdeterminiert ist. Er sucht die Lösungen dort, wo der ÖGD mal stark war: im Gesundheitsschutz der Bevölkerung und in einem Personalaufwuchs vor allem mit besser bezahlten Ärztinnen und Ärzten. Die zentralen Stellschrauben von New Public Health werden nicht bedient, gesundheitliche Chancengleichheit spielt in der Diskussion keine Rolle. Gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel kommunaler Gesamtkonzepte erfordert mehr als eine Insiderdiskussion von gut organisierten medizinischen Berufsverbänden: Sie braucht eine breite gesellschaftliche Debatte. Dazu gehört eine grundlegende Aufgabenkritik des ÖGD.

Schlüsselwörter: Öffentlicher Gesundheitsdienst, New Public Health, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleichheit

***The Pact for the Public Health Service (ÖGD)** in Germany is not far-reaching enough because it is not determined by content, but by structure. It is looking for solutions where the ÖGD was once strong: in the health protection of the population and an increase in staff, especially with better paid doctors. The central levers of New Public Health are not being used, and equality of health opportunities does not play a notable role in the discussion. Equal health opportunities as a central goal of integrated communal concepts requires more than an inside discussion by well-organized medical professional associations, it needs a broad social debate. This also includes a fundamental review of the tasks of the ÖGD.*

Keywords: public health service, New Public Health, health promotion, health equality

1 Einleitung

Der bereits im September 2020 von den Gesundheitsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern beschlossene Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist praktisch noch immer vollständig in der Pandemie hängen geblieben. Angesichts der bereits vierten Welle der Covid-19-Pandemie ist das vielleicht verständlich, aber dennoch bedauerlich. Der erste Bericht des vom Bundesgesundheitsministerium berufenen, hochkarätig besetzten Beirates zum Pakt für den ÖGD vom Oktober 2021 sollte aufzeigen, wie der ÖGD für kommende Pandemien und andere nationale gesundheitliche Notlagen besser vorbereitet werden kann. Vom selbst gesteckten Anspruch her sind die Empfehlungen, „wie der ÖGD langfristig und zukunftsorientiert mo-

dernisiert werden kann“ (BMG 2021). Wenn ein großer Teil der 44-seitigen Empfehlungen umgesetzt wird, ist der ÖGD dann allerdings möglicherweise im Verlauf des nächsten Jahrzehnts in erster Linie das: besser auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen ausgerichtet und vorbereitet. Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Ereignisse als Folge von Globalisierung und Klimawandel zukünftig kein absolutes Ausnahmeereignis mehr sein werden, die in Art und Umfang der Covid-19-Pandemie nur alle paar Jahrzehnte mal vorkommen, ist diese Fokussierung auf Old Public Health in der gesamten Neuausrichtungsdiskussion eine verpasste Chance.

Die zentralen Empfehlungen umfassen vier Schwerpunkte:

- Krisenmanagement und Katastrophenschutz,

¹ Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. · Fenskeweg 2 · 30165 Hannover
Tel.: 0511 38811890 · E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

- Personal, Finanzierung und Ressourcen (insbesondere Personalaufstockung),
- Vernetzung und Vorsorge für den Krisenfall (Digitalisierung für interoperablen Datenaustausch, Angebote der Krisenkommunikation sowie angemessene Warnsysteme),
- Forschung sowie Aus-, Fort und Weiterbildung (vergleiche *ebenda*).

Das Wort Prävention taucht in dem Beiratpapier nur an einer Stelle auf, im ersten Kapitel zur Stärkung der integrierenden und steuernden Rolle des ÖGDs. Dort heißt es: „Niederschwellige und koordinierende Arbeit des ÖGD zur Verbesserung der Teilhabe besonderer Personengruppen ist eine wesentliche präventive Maßnahme, um durch subsidiäres Engagement die gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft zu verringern. Diese Maßnahmen dienen auch der Ausbildung der Resilienz, wodurch die Folgen von pandemischen Ereignissen abgemildert werden können“ (*Beirat 2021, 12*). Prävention via „niederschwellige und koordinierende Arbeit“ zur Verbesserung der Teilhabe vulnerabler Personengruppen wird also auch pandemiefunktional verstanden, indem lediglich die Folgen von pandemischen Ereignissen „abgemildert“ werden sollen.

Ein wenig erinnern diese Empfehlungen und die Diskussionen um den Pakt für den ÖGD selbst, deren Wortführerinnen und Wortführer zudem fast ausschließlich Verbandsvertreterinnen und -vertreter des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) sind, an Watzlawicks Anleitung zum Unglücklichsein. Eine zentrale Strategie zum effektiven Unglücklichsein definiert er als „Mehr desselben“ und meint damit ein stures Festhalten an Anpassungen und Lösungen, die irgendwann einmal gut funktioniert haben und genau damit selbst zum Problem werden. Um dies zu illustrieren, benutzt er das Gleichnis vom „Verlorenen Schlüssel“: „Unter einer Straßenlaterne steht ein Betrunkener und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: „Mein Schlüssel.“ Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher sei, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster“ (*Watzlawick 1983, 37*).

Auch der ÖGD in Deutschland sucht nun die Lösungen dort, wo es vermeintlich hell ist, in mehr und besser bezahlten Ärztinnen und Ärzten, sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten sowie Digitalisierung, nicht jedoch da, wo die zentralen Stellschrauben des „New Public Health“ zu justieren wären, etwa mit einer Ausrichtung auf die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit oder einer Koordinierungsfunktion der Gesundheitsplanung vor Ort (vergleiche *Altgeld, 2020*).

2 Verengung der Diskussionen auf die Bezahlung

Der öffentliche Gesundheitsdienst als traditionelles Handlungsfeld von Public Health stand schon vor der aktuellen pandemischen Lage vor großen Herausforderungen. Unter der Bezeichnung Öffentlicher Gesundheitsdienst werden in Deutschland alle Einrichtungen des öffentlichen Dienstes auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene verstanden, die sich mit den Aufgabenbereichen Gesundheitshilfe, Gesundheitsschutz, Prävention und der Aufsicht über die Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der Lebensmittelproduktion befassen. Das Infektionsschutzrecht wird auf Bundesebene geregelt. Auf Landesebene sorgen 16 unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, größtenteils sogenannte ÖGD-Gesetze der Länder, für eine große Heterogenität des Aufgabenspektrums, Zuschnitts und der Ausstattung der Gesundheitsämter (vergleiche *Kuhn und Wildner 2020, 17*). Insbesondere sogenannte freiwillige Leistungen wie Prävention und Gesundheitsförderung werden sehr unterschiedlich stark gewichtet. Von dem (einen) Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland kann deshalb eigentlich nicht die Rede sein, sondern eher von dem Hamburger oder dem niedersächsischen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Trotz der räumlichen Nähe und einer gemeinsamen Landesgrenze liegen allerdings allein zwischen diesen beispielhaft genannten Bundesländern Welten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (vergleiche *Altgeld 2017*).

Vor Ort, das heißt auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte, gibt es in Deutschland aktuell 375 Gesundheitsämter mit stark sinkender Tendenz seit 1990 aufgrund von Gebietsreformen in den Bundesländern. Der Großteil der Aufgaben dieser Ämter ist für weite Teile der Allgemeinbevölkerung vor der Pandemie aber quasi unsichtbar gewesen. Aus einer bundesweiten Befragung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Jahr 2015 liegen Daten zu spezifischen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern vor, die die Heterogenität des Aufgabenspektrums gut abbilden. Nur der bundesgesetzlich geregelte Infektionsschutz und die Hygieneüberwachung finden sich bei allen Gesundheitsämtern. Nicht einmal Schuleingangsuntersuchungen oder die Gesundheitsberichterstattung sind Regelaufgaben aller Gesundheitsämter in Deutschland. Das Aufgabenspektrum variiert von Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe, Gesundheitsplanung, Heimaufsicht bis hin zur Methadonambulanz (vergleiche Abbildung 1) (*Poppe et al. 2016, 8*).

Eigentlich wurde der öffentliche Gesundheitsdienst lange Zeit als die „dritte Säule“ des Gesundheitswesens neben ambulanter und stationärer Versorgung dargestellt, aber

allein von den investierten Geldern her ist er eher ein Strohalm als eine Säule. 2019 wurden bei Gesundheitsausgaben in Höhe von insgesamt 410 Milliarden Euro gerade mal 2,4 Milliarden Euro in den Gesundheitsschutz investiert, also ein halbes Prozent der Gesamtausgaben (*Statistisches Bundesamt 2021*).

Vor der Pandemie wurden die personellen Kapazitäten in den Gesundheitsämtern trotz vielfältiger und auch neuer Aufgaben eher ab- als aufgebaut. Dem breiten Aufgabenspektrum vor Ort stand und steht damit eine kaum ausreichende Ausstattung mit Ressourcen gegenüber. Die in den Gesundheitsämtern vertretenen Berufsgruppen sind so vielfältig wie die Aufgaben der Gesundheitsämter. Es sind fast alle Gesundheitsberufe, aber auch pädagogische Berufsgruppen in den Ämtern vertreten. Obwohl die Ärzteschaft in den Gesundheitsämtern mit 18,5 Prozent Anteil nach den Verwaltungsangestellten nur die zweitgrößte Berufsgruppe darstellt (vergleiche *Poppe et al. 2016, 8*), hat sich die Diskussion um die Unterausstattung der Ämter auf die Rekrutierung von ärztlichem Personal beschränkt. Die Ärzteschaft in den Gesundheitsämtern hat mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) die schlagkräftigste und medial präsenteste Interessenvertretung aller Berufsgruppen im ÖGD. Der BVÖGD hat bereits seit Beginn des vergangenen Jahrzehnts lautstark um eine bessere Bezahlung des medizinischen Personals in den Ämtern gekämpft. Selbst Straßenproteste von medizinischem Fachpersonal sind seitdem fast schon eine gängige Interessenartikulation geworden und fanden eine erhebliche Resonanz in den Medien (vergleiche *Heine 2017 und DPA 2020*). 2017 hat der BVÖGD die Tarifgemeinschaft mit der Beamtenvertretung dbb aufgekündigt und lässt sich seitdem vom Marburger Bund in den Tarifverhandlungen mit den öffentlichen Arbeitgebern vertreten, was bereits zu deutlichen Lohnerhöhungen insbesondere auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im ÖGD geführt hat, zuletzt im Jahr 2020. Mit dem Ergebnis für die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst zeigte sich der Marburger Bund allerdings nicht zufrieden. „Nur mit einem echten Ärztetarifvertrag ließen sich die Vergütungsunterschiede beheben“, zitiert Christiane Badenberg den Marburger Bund (*Badenberg 2020*). Gemeint sind die Vergütungsunterschiede zu den Ärztinnen und Ärzten, die in Kliniken in kommunaler Trägerschaft angestellt sind.

Auch der Zehn-Punkte-Plan, den der BVÖGD nach der ersten Welle der Covid-19-Pandemie und nach der Verabschiedung des Pakts für den ÖGD „zur nachhaltigen Stärkung des ÖGD“ vorgelegt hat, fokussiert in den ersten beiden Forderungen direkt auf eine dauerhafte Aufstockung im ÖGD mit fachlich qualifiziertem Personal (circa 20.000 neue Stellen) und eine adäquate, den Krankenhaustarifen gleichgestellte Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD (*BVÖGD*

2020). Auch von den weiteren acht Forderungen betreffen vier die Ausbildung und Stellung von medizinischem Fachpersonal. Andere Berufsgruppen des ÖGD werden in den Überschriften nicht einmal benannt.

3 Modernisierungsdiskussionen ohne Modernisierungsanstrengungen

Bereits 2016 hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in einer Entschließung die Notwendigkeit betont, den ÖGD adäquat mit Ressourcen auszustatten. „Sie regt auch gegenüber den kommunalen Trägern des ÖGD an, durch angemessene Stellenpläne die erforderlichen Grundlagen für die Erfüllung der umfangreichen und fachlich anspruchsvollen Aufgaben des ÖGD zu schaffen. Diese Stellenpläne sind auf der Grundlage einer gründlichen und kritischen Analyse von Art und Umfang der Aufgaben auszugestalten“ (*GMK 2016*). Bereits in dieser Entschließung wurde die „Perspektive Prävention und Gesundheitsförderung“ besonders hervorgehoben, weil nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) 2015 die Hoffnung bestand, dass hier neue Aufgaben durch den ÖGD wahrgenommen werden könnten und zusätzliche finanzielle Mittel über das PrävG durch Sozialversicherungsträger dafür bereitgestellt werden würden: „Das Präventionsgesetz bietet eine konkrete Chance, eine verbesserte Gesundheit für die Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. Der ÖGD muss aufgrund seiner in den Landesgesetzen festgeschriebenen Rolle als regionaler Koordinator in der Gesundheitsförderung eine aktive Rolle im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes spielen. Die GMK erwartet von den Partnern der Rahmenvereinbarungen die Rolle des ÖGD anzuerkennen, zu nutzen und zu unterstützen und hierzu geeignete Formen der Einbindung zu entwickeln“ (*ebenda*).

Die GMK wollte die Einbeziehung des ÖGD bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V zum PrävG fördern, was allerdings in den wenigsten zwischen 2016 und 2018 für alle Bundesländer einzeln ausgehandelten Landesrahmenvereinbarungen tatsächlich realisiert wurde (vergleiche *Böhm und Klinnert, 2019*). Auch die Koordinierungsfunktion des ÖGD in diesem Feld wurde besonders hervorgehoben: „Unter den neuen Rahmenbedingungen gilt es, gemeinsam auf die Nutzung und die Weiterentwicklung vorhandener tragfähiger Strukturen für die Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. regionaler Ebene hinzuwirken und dazu beizutragen, dass der ÖGD dabei sein Potential zur Wirkung bringen kann. Der Koordinierung der regionalen Gesundheitsförderung und Prävention kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu, z. B. mit Blick auf die Bedarfsfeststellung, orientierende Rahmenkonzepte oder die Qualitätssicherung“ (*GMK, 2016*).

ABBILDUNG 1

Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern laut AOLG-Befragung 2015



Das Aufgabenspektrum in den Gesundheitsämtern variiert stark. Zwei Tätigkeiten werden überall wahrgenommen: Infektionsschutz und Hygieneüberwachung, andere häufig bis selten. Schlusslichter sind die Sozialpharmazie (4,7 Prozent) und die Methadonambulanz (2,1 Prozent).

Quelle: Poppe et al. 2016; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Noch viel weiter geht die GMK-Entscheidung von 2018 mit ihrem dort verabschiedeten „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit dem ÖGD als „Public Health vor Ort“. Gleich zu Anfang heißt es da: „Neben seinen hoheitlichen Aufgaben muss er verstärkt modernen zivilgesellschaftlichen Erwartungen und sozialen Herausforderungen gerecht

werden. (...) Der ÖGD setzt sich für gesundheitliche Chancengleichheit ein. Dies prägt als Vision den ÖGD. Er arbeitet daher

- orientiert an prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit,
- ethisch reflektiert und in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen,
- mit Blick auf gesundheitliche Chancengleichheit,
- frei von kommerziellen Interessen,
- auf aktueller wissenschaftlicher Basis,
- bürgernah, vernetzt und partnerschaftlich mit vielen anderen Akteuren,
- multiprofessionell und interdisziplinär,
- ergebnisorientiert, verantwortlich und transparent.

Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens. Er berücksichtigt dabei die wichtige Rolle einer gesundheitsförderlichen sozialen und ökologischen Lebenswelt“ (GMK, 2018). Dieses Leitbild ist so umfassend und ambitioniert wie viele Grundsatzdokumente der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit wird gleich mehrfach betont und spielte sicher vor der Pandemie auch eine Rolle in der Alltagspraxis des ÖGDs in einigen Angebotsbereichen, zum Beispiel bei der Frühförderung oder der Schwangerenberatung. Aber „bürgernah, vernetzt und partnerschaftlich mit vielen anderen Akteuren“ war der ÖGD vor Ort ganz sicher nicht unterwegs. Im Gegenteil: In der kommunalen Ämterhackordnung rangierten die Belange und Aufgaben des ÖGD sehr weit unten, was die Aufmerksamkeit von Kommunalparlamenten, Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern sowie Landrätinnen und Landräten anbelangte. Selbst die Sportämter der Kommunen erfuhren mehr Beachtung in der politischen Aufmerksamkeit und Wertschätzung als die Gesundheitsämter. Nur so ist auch die kontinuierliche Ressourcenkürzung verstehbar. Kein einziges Bundesland hat nach den wegweisenden GMK-Beschlüssen von 2016 und 2018 sein eigenes ÖGD-Gesetz reformiert und den ÖGD im eigenen Bundesland besser ausgestattet. Dann kam Corona und damit auch ein unglaublicher Bedeutungszuwachs des ÖGDs in der (gesundheits)politischen und medialen Aufmerksamkeit. Klaus Jacobs spricht dabei sogar von einer „Renaissance des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (Jacobs 2021, 8).

4 Gesundheitliche Chancengleichheit – eine Leerstelle im Pakt für den ÖGD

Am erstaunlichsten ist, wie lange die Pandemiebekämpfung in Deutschland nach der Prämisse verfahren ist, vor dem Virus seien alle gleich. Dabei spielt weltweit und auch in Deutschland der soziale Status eine entscheidende Rolle da-

bei, wie hoch das individuelle Infektionsrisiko ist, wie die Überlebenschancen bei einer Infektion aussehen sowie welche Auswirkungen die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen auf die psychische und physische Gesundheit haben. Die ersten Analysen des Robert Koch-Instituts erschienen allerdings erst im Frühjahr 2021, also mehr als ein Jahr nach Pandemiebeginn (Hoebel et al. 2021). Die Untersuchungen zeigen erwartbar deutlich, dass der Anstieg der Covid-19-Todesfälle in den sozial benachteiligten Regionen Deutschlands am stärksten ausfiel. Das Fazit des Beitrags lautete deshalb: „Erhöhte Infektionsrisiken in deprivierten Gruppen könnten die gesundheitliche Ungleichheit somit verschärfen. Deprivierte Bevölkerungsgruppen sollten bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen verstärkt berücksichtigt werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit in der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus zu fördern“ (ebenda). Genau diese verstärkte Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen findet immer noch nicht statt, obwohl der ÖGD eigentlich der geborene Interessenvertreter für diese Bevölkerungsgruppen wäre. Im bereits zitierten Zehn-Punkte-Plan des BVÖGD kommt nicht einmal die Wortgruppe „gesundheitliche Ungleichheit“ vor, geschweige denn, dass deren Bekämpfung auch nur ansatzweise gefordert worden wäre.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG und AFS, 2020) hat in ihrem erstem Sondernewsletter zur Corona-Pandemie vom 25. März 2020 nicht nur auf die Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen in Bezug auf das Infektionsrisiko hingewiesen, sondern auch auf die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Maßnahmen der Pandemiebekämpfung. Darin heißt es: „Außerdem sind unter anderem folgende Gruppen durch die Maßnahmen (z. B. Schließung von Hilfeinrichtungen und Kontaktverbot) gegen die Ausbreitung des Coronavirus besonders häufig betroffen:

- Von Armut betroffene Menschen: Zum einen sind Personen, die in beengten räumlichen Verhältnissen wohnen und auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, um ihre Arbeitsstelle oder Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen, anfälliger für eine Ansteckung mit dem Coronavirus. Zum anderen verstärkt sich die Notlage der in Armut lebenden Menschen z. B. dadurch, dass Tafeln schließen oder dass wegen der Hamsterkäufe weniger Lebensmittel von Supermärkten gespendet werden. Für prekär Beschäftigte sorgt die COVID-19-Pandemie für große Existenzsorgen.
- Obdachlose: Viele Hilfsangebote, wie Notschlafstellen, Essensausgaben und Einrichtungen, in denen Obdachlose duschen oder Wäsche waschen können, werden geschlossen.
- Sexarbeiter*innen: Prostitutionsstellen und Bordelle sollen geschlossen werden. Sexarbeiter*innen, die vorüber-

gehend in den Bordellen wohnen, in denen sie arbeiten, droht damit die Obdachlosigkeit.

- Geflüchtete Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: In Erstaufnahmeeinrichtungen oder Flüchtlingslagern ist es durch beengte Verhältnisse und die mangelnden hygienischen Bedingungen schwierig, sich vor dem Coronavirus zu schützen. Zudem werden humanitäre Aufnahmeverfahren wegen Reisebeschränkungen ausgesetzt und es kommt zu Verzögerungen beim Asylverfahren“ (*ebenda*).

Auch das Kompetenznetz Public Health COVID-19 hat im Mai 2020 auf die soziale Ungleichheit der Auswirkungen der Schutzmaßnahmen hingewiesen und internationale Studien ausgewertet, die dies beispielsweise hinsichtlich Erwerbs- und Arbeitsbedingungen, psychosozialen Belastungen oder Bildungsmöglichkeiten klar belegen (*Kompetenznetz Public Health COVID-19, 2020, 2*). Beate Blättner hat im August 2020 eindrücklich gefordert: „Die Umsetzung des Gedankens von New Public Health würde bedeuten, gesundheitliche Ungleichheit auch im Infektionsschutz mitzudenken. Gerade dann, wenn Schutzmaßnahmen Teil der Normalität werden, bedarf es neuer Strategien, gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken. Dies wird nur über einen HiAP-Ansatz möglich“ (*Blättner, 2020*). HiAP bezeichnet dabei Health in All Policies (vergleiche Analyse 1).

Da die soziale Determinierung des Pandemiegeschehens so überdeutlich ist, haben Clare Bamba et al. bereits im Juni 2020 angeregt, den Begriff Syndemie statt des rein bevölkerungsmedizinischen und in Bezug auf Sozillagen völlig neutralen Pandemiebegriffs anzuwenden (*Bamba et al. 2020*). In die deutschen Pandemiediskussionen ist er allerdings nicht eingeflossen. In Großbritannien wurde die Diskussion um die öffentliche Gesundheit bereits früh viel stärker unter Gerechtigkeitsaspekten geführt. Michael Marmot et al. legten im Herbst 2020 einen Bericht vor, der verdeutlichte, dass die sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten, die bereits vor der Pandemie in Großbritannien bestanden, während der Pandemie zu den hohen und ungleichen Zahlen der Todesopfer durch Covid-19 beitrugen. Die Experten entwickelten daraufhin keine kleinteilige Vision eines lediglich besser ausgestatteten und digitalisierten ÖGD als Antwort auf die Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit. Stattdessen zogen sie bereits in der genialen Überschrift „Build Back Fairer“ den Schluss, dass es keine Rückkehr zum Status quo ante geben kann, sondern die Gelegenheit genutzt werden muss, systemisch besser und gerechter zu agieren, indem Politik endlich die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten angeht (*Marmot et al. 2020, 64*):

“We suggest that to Build Back Fairer we need commitment at two levels. First is the commitment to social justice and putting equity of health and wellbeing at the heart of all policy-making, nationally, regionally and locally. The pandemic has shown that when the health of the public is

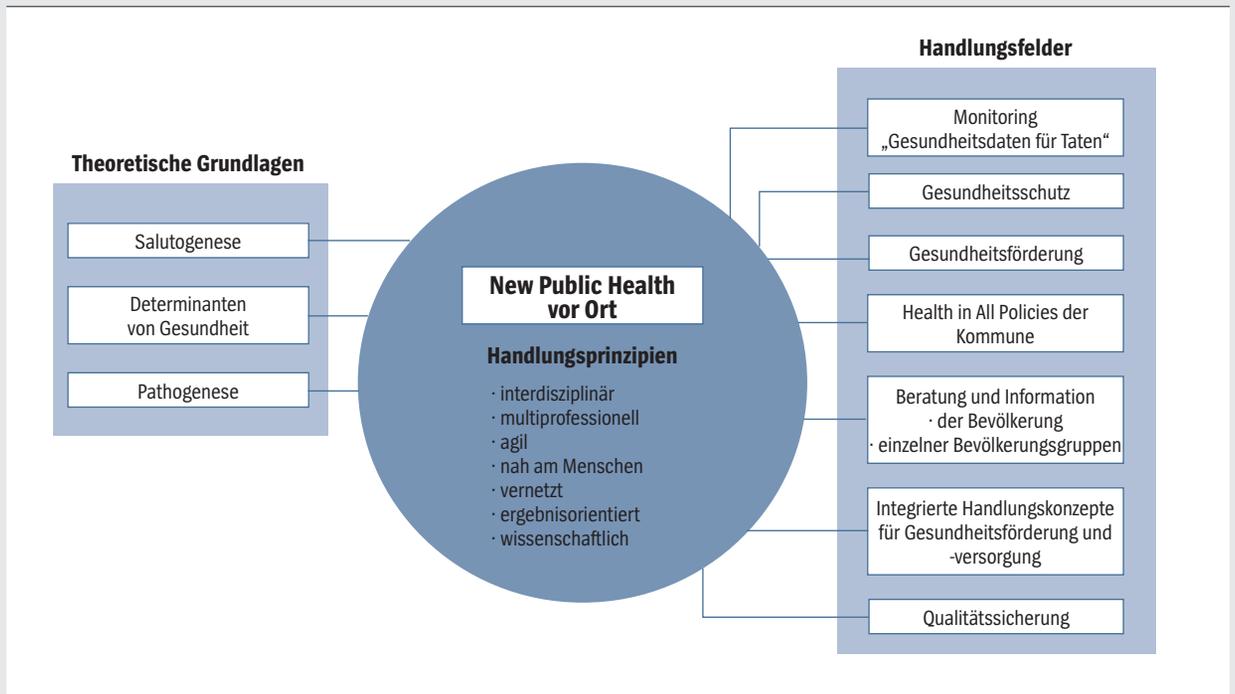
severely threatened, other considerations become secondary. The enduring social and economic inequalities in society mean that the health of the public was threatened before and during the pandemic and will be after. Just as we needed better management of the nation’s health during the pandemic, so we need national attention to the causes of the causes of health inequalities.”

In Deutschland sind wir – böse formuliert – aktuell damit zufrieden, wenn Gesundheitsämter das von ihnen erfasste Infektionsgeschehen vor Ort nicht mehr per Fax an das Robert Koch-Institut weiterleiten müssen, sondern in 375 Gesundheitsämtern Computer und adäquate Software zur Verfügung stehen und durch bessere Vergütungsanreize genügend Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit gewonnen werden können. Auch der im Dezember 2021 unterschriebene Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung setzt dazu keine umfassenderen Schwerpunkte. Der einzige Passus, in dem der ÖGD explizit vorkommt, schreibt die kleinteilige Denkweise des Pakts für den ÖGD nur fort, indem er die Einstellungsfristen verlängern will und die Forderung nach einem eigenen Tarifvertrag nachbetet (*SPD et al. 2021, 83*) sowie die „effiziente und dezentrale Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen“ sicherstellen will. Regelmäßige Ernstfallübungen sind ungefähr das Gegenteil des Anspruchs von „Build Back Fairer“!

Auch die verbleibenden zwei Sätze verharren im Kleinklein: „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsungebunden sein“ (*ebenda*). Was ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit bei einer ÖGD-Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Kernaufgaben haben soll, wird gar nicht erst definiert. Die Auflösung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) selbst wird nirgendwo großes Bedauern auslösen. Die BZgA ist bislang in der Pandemiebewältigung vollständig hinter dem Robert Koch-Institut (RKI) abgetaucht. Sie hat keinerlei Erfahrungen aus der einzig wirklich erfolgreichen Gesundheitskampagne, die sie jemals umgesetzt hat (der Aidskampagne der späten 1980er-Jahre), in den vergangenen Jahrzehnten in die aktuelle Gesundheitskommunikation einfließen lassen. Aus der Aidskampagne hätte man den Stellenwert der personalen Kommunikation vor Ort in der Pandemiebekämpfung ableiten können. Für Händewaschtippis auf öffentlichen Toiletten und Impfkampagnen im Stil von Arzneimittelwerbung braucht niemand eine eigenständige Bundesbehörde mit über 200 Angestellten. Das kriegen Werbeagenturen genauso schlecht auch allein hin.

ABBILDUNG 2

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Agent des New Public Health



New Public Health adressiert auch die Determinanten von Gesundheit. Wesentliches Ziel ist es, so bedingte ungleiche Gesundheitschancen zu minimieren. Daraus ergeben sich diverse Handlungsfelder für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die wiederum neue Handlungsprinzipien erfordern.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Die meisten Bundesländer fahren mittlerweile eigene, wahrscheinlich ebenso unwirksame Impfkampagnen über Plakate, Spots und soziale Medien. Personalkommunikative Elemente finden sich kaum, außer in Bremen mit einem richtungweisenden Projekt von Gesundheitsfachkräften vor Ort in sozial benachteiligten Stadtteilen (*Freie Hansestadt Bremen 2021*). Da Bremen die soziale Schieflage in der Pandemie frühzeitig erkannt hat, wurde gesundheitliche Chancengleichheit bereits Ende 2020 in die zentrale Pandemiebekämpfungsstrategie integriert. Die Bremer Impfquote vollständig Geimpfter liegt seitdem regelmäßig deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Am 8. Dezember lag sie beispielsweise bei 84,1 Prozent, der Bundesdurchschnitt bei 72,2 Prozent (*RKI 2021*).

Das Bremer Beispiel zeigt auch, dass gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel kommunaler Gesamtkonzepte mehr erfordert als eine Insiderdiskussion von gut organisierten medizinischen Berufsverbänden, nämlich eine breite gesellschaftliche und gesundheitspolitische Debatte. Dazu gehört auch vor Ort eine grundlegende Aufgabenkritik des ÖGD, die bereits im Leitbild-Beschluss der GMK von 2018 gefordert wurde. Nur so kann eine fachliche Interdisziplinä-

rität innerhalb des ÖGD sichergestellt werden, die die Kompetenzen unterschiedlicher Gesundheitsberufe auch wirklich nutzt und eine enge Zusammenarbeit mit weiteren kommunalen Aufgabenbereichen umsetzt, zum Beispiel Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, Schulumt, Sozialamt, Umwelt sowie Stadtentwicklung beziehungsweise Stadtplanung. Auf diese Weise könnte der ÖGD auch in Deutschland New Public Health wirklich gestalten (vergleiche Abbildung 2).

Literatur

Altgeld T (2017): Zersplitterte Heterogenität als Leitmotiv der Public-Health-Praxis in Deutschland? Das Gesundheitswesen, Vol. 79, No. 11, 960–965

Altgeld T (2020): Mehr Geld für Prävention bedeutet nicht automatisch mehr Gesundheit für alle! Die Schwester. Der Pfleger, Jg. 58, Heft 9, 84–86

Badenberg C (2020): Marburger Bund: „Zum Ärzte-Tarifvertrag im ÖGD gibt es keine Alternative“. Ärzte Zeitung vom 26. Oktober 2020; aerztezeitung.de → Politik → Berufspolitik → Suchbegriff: Ärzte-Tarifvertrag

Bambra C, Riordan R, Ford J, Mathews F (2020): The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 74, No. 11, 964–968; jech.bmj.com → Archive

Beirat (Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) (2021): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Berlin; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z → O → Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Blättner B (2020): Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: Die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien. *Public Health Forum*, 8. September 2020; degruyter.com → Suchbegriff: Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit

BMG (Bundesgesundheitsministerium) (2021): Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Pressemitteilung vom 28. Oktober 2021; bundesgesundheitsministerium.de → Ministerium → Meldungen → Aktuelle Meldungen

Böhm K, Klinnert D (2019): Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 81, No. 12, 1004–1010

BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) (2020): 10 Punkte Plan zur Stärkung des ÖGD; bvogd.de/wp-content/uploads/2020/07/2020_07_15-10-Punkte-Plan-o.A..pdf

DPA (2020): Gesundheitsämtern fehlen Mediziner: 32 von 88 Stellen frei. *Süddeutsche Zeitung* vom 8. März 2020; sueddeutsche.de → Suche: Archiv → Suchbegriffe: Gesundheitsämter – Politik – Artikel – dpa – Zeitraum: 08.03.2020 bis 09.03.2020

Freie Hansestadt Bremen (2021): Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren; sozialestadt.bremen.de → Programme → Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2016): Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. 89. Gesundheitsministerkonferenz; gmkonline.de → Beschlüsse → 2016 → TOP: 4.1

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. 91. Gesundheitsministerkonferenz; gmkonline.de → Beschlüsse → 2018 → TOP: 10.21

Heine H (2017): Berlin sucht dringend Ärzte für Gesundheitsämter. *Tagesspiegel* vom 24. Oktober 2017; tagesspiegel.de → Suche: Archiv → Suchbegriff: Gesundheitsämter; Ressort: Berlin → Nach Datum: von 24.10.2017 bis 25.10.2017

Hoebel J et al. (2021): Soziökonomische Unterschiede im Infektionsrisiko während der zweiten SARS-CoV-2-Welle in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, Jg. 118, Heft 15, 269–270; aerzteblatt.de/archiv/218459

Jacobs K (2021): Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 21, Heft 2, 7–14

Kompetenznetz Public Health COVID-19 (2020): Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?; public-health-covid19.de → Archiv → Indirekte Gesundheitsfolgen von Maßnahmen des Infektionsschutzes

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 4, 15–22

LVG und AFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.) (2020): Sonderausgabe Corona-Pandemie – Online-Newsletter „Soziale Lage und Gesundheit“. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen; gesundheits-nds.de → Medien → Newsletter → Soziale Lage und Gesundheit Bremen → Newsletter Archiv

Marmot M et al. (2020): Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. *The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England*. London: Institute of Health Equity

Poppe F, Starke D, Kuhn J (2016): Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. *Blickpunkt Öffentliche Gesundheit*, Jg. 32, Heft 3, 8

RKI (Robert Koch-Institut) (2021): Tabelle mit gemeldeten Impfungen nach Bundesländern und Impfquoten nach Altersgruppen; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) → Fallzahlen in Deutschland nach Bundesländern (Tabelle wird arbeitstäglich aktualisiert)

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.; spd.de → Suche: Mehr Fortschritt wagen

Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsausgaben 2019: Sozialversicherungsbeiträge mit fast 65 % wichtigste Finanzierungsquelle. Pressemitteilung Nr. 260 vom 2. Juni 2021; destatis.de → Suchbegriff: Gesundheitsausgaben 2019

Watzlawick P (1983): Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Dezember 2021)

DER AUTOR



Thomas Altgeld,

Jahrgang 1963, studierte Psychologie und Politologie an der Universität Hamburg. Der Diplom-Psychologe ist Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Herausgeber der Zeitschrift für Gesundheitsförderung „impulse“, Vorsitzender des Bundesforums Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter e. V., Berlin, Schatzmeister der Landesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Bonn, sowie Vorstandsmitglied der Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V., Hannover. Er leitet die Arbeitsgruppe 7 „Gesund aufwachsen“ und Arbeitsgruppe 13 „Gesundheit rund um die Geburt“ von gesundheitsziele.de.

Foto: privat